



Številka: 501-01-1/2019/9 EPA 377-VIII
Ljubljana, 11. 3. 2019

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je, na podlagi 20. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14 in 26/15), pripravila

M n e n j e

k Predlogu zakona o spremembi Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-L) – skrajšani postopek

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je na 16. seji 6. 3. 2019 obravnavala Predlog zakona o spremembi Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-L), ki ga je v obravnavo po skrajšanem postopku Državnemu zboru predložila skupina poslank in poslancev s prvopodpisanim Željkom Ciglerjem.

Komisija predloga zakona **ne podpira**.

Komisija ugotavlja, da želijo predlagatelji s črtanjem sedmega odstavka 53.c člena veljavnega Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) omejiti prenos zdravstvenih storitev in posledično finančnih sredstev iz javne v zasebno sfero, preprečiti izvajanje javne zdravstvene službe brez koncesije v povezavi s preprečevanjem interne privatizacije javnih zavodov in zmanjševanjem koruptivnih dejanj. Prav tako se želi, kot izhaja iz predloga zakona, ohraniti in krepiti zdravstveni sistem, ki temelji na javni službi, ter v skladu z drugim odstavkom 51. člena Ustave RS zagotoviti pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev.

Prenos izvajanja zdravstvenih storitev na zasebne izvajalce naj bi se preprečilo tako, da bi se javnim zdravstvenim zavodom, javnim socialno-varstvenim zavodom, javnim vzgojno-izobraževalnim zavodom, koncesionarjem, ki delujejo v mreži javne službe na področju socialnega varstva oziroma vzgoje in izobraževanja, ter drugim javnim zavodom iz šestega odstavka 8. člena ZZDej zakonsko onemogočilo sklepanje pogodb o opravljanju storitev z drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Predlagatelji dodatno izpostavljajo, da je Poslanska skupina Levica že ob sprejemu ZZDej-K opozarjala na, po njihovem mnenju, sporne določbe spremenjenega 53.c člena in v okviru druge obravnave predloga ZZDej-K 2017 na plenarnem zasedanju Državnega zbora predlagala amandma k 21. členu navedene novele, na podlagi katerega bi se javni zdravstveni zavod ali drug javni zavod iz

šestega odstavka 8. člena ZZDej, če bi bilo to potrebno za nemoteno izvajanje javne zdravstvene službe, pogodbeno dogovoril o opravljanju zdravstvenih storitev zgolj z drugim javnim zdravstvenim zavodom.

Komisija je bila seznanjena s stališčem pristojnega Ministrstva za zdravje, ki nasprotuje predlaganemu črtanju sedmega odstavka 53.c člena, saj bi slednje lahko privedlo do pravne praznine in celo težav pri zagotavljanju celovite zdravstvene oskrbe. S črtanjem navedene določbe namreč pogodbeno sodelovanje posameznega javnega zdravstvenega zavoda in drugih javnih zavodov iz šestega odstavka 8. člena ZZDej z drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti (javnimi zavodi, koncesionarji, zasebniki) ne bi bilo opredeljeno v nobenem zakonu ali kakšnih drugih predpisih s področja zdravstva. Torej niti takrat, ko bi bilo to nujno za zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva, kar bi lahko privedlo do nezmožnosti zagotavljanja zdravstvene dejavnosti na določenem področju (npr. na področju otroške srčne kirurgije), s čimer bi se po mnenju ministrstva poseglo v ustavno zagotovljeno pravico do zdravstvenega varstva.

Navkljub nasprotovanju črtanju celotnega sedmega odstavka 53.c člena, pa Ministrstvo za zdravje ugotavlja, da bi navedeni odstavek vendarle bilo treba vsebinsko dopolniti tako s kriteriji kot s pogoji za sklenitev pogodb o izvajanju zdravstvenih storitev, zato napoveduje pripravo svojega predloga zakonskih sprememb. Pri tem ministrstvo način popravka navedenega člena prepušča nadaljnji zakonski proceduri in se ni jasno opredelilo glede vložitve morebitnega amandmaja k 1. členu predloga zakona. Predlagatelji so ob tem že napovedali amandma predlaganih zakonskih rešitev, ki naj bi sledil vsebini že prej omenjenega amandmaja, ki ga je Poslanska skupina Levica predložila ob obravnavi ZZDej-K in ki bi dovoljeval vzpostavitev pogodbenih razmerij z namenom opravljanja zdravstvenih storitev zgolj med javnimi zavodi.

Komisija ugotavlja, da Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (v nadaljevanju ZDRZZ), ki sicer do neke mere sprejema razloge za spremembo zakona, hkrati opozarja, da bi črtanje sedmega odstavka 53.c člena ZZDej lahko imelo v določenih primerih tudi negativne posledice na dostopnost do zdravstvenih storitev za uporabnike (v primeru pomanjkanja kadrovskega zmogljivosti v javnem zdravstvenem zavodu, ki jih ni mogoče zagotoviti na trgu dela ali s podjemno pogodbo; v primeru okvare na opremi javnega zdravstvenega zavoda ali v primeru enkratnega povečanja programa zdravstvenih storitev javnega zdravstvenega zavoda za potrebe obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga ni mogoče realizirati v okviru razpoložljivih kapacitet). Navedeno bi lahko vodilo do nerealizacije posameznih programov zdravstvenih storitev ali celo do odvzema programa javnemu zdravstvenemu zavodu in posledično do podelitve koncesije za izvajanje posameznega programa drugemu izvajalcu, kar bi javnemu zdravstvenemu zavodu lahko povzročilo dolgotrajno škodo. Zato ZDRZZ predlaga, da se namesto črtanja 53.c člena ZZDej besedilo sedmega odstavka spremeni tako, da se javnim zdravstvenim zavodom in drugim javnim zavodom iz šestega odstavka 8. člena ZZDej omogoči pogodbeni dogovor o opravljanju zdravstvenih storitev z izvajalci v javni zdravstveni mreži. Predlaga tudi, da bi odločitev o sklenitvi pogodbe sprejel svet zavoda na predlog direktorja.

Komisija je bila seznanjena tudi s pisnim stališčem Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki predlog zakona podpira, ter pisnim stališčem Zdravniške zbornice Slovenije, ki predlogu zakona nasprotuje. Meni, da je predlagana rešitev v koliziji z drugimi predpisi s področja zdravstva in da predstavlja nesistematičen ukrep omejevanja poslovne avtonomije poslovodstev javnih zavodov, kar lahko povzroči, da bodo pacienti ostali brez določenih storitev v javni zdravstveni mreži (npr. na področju nujne medicinske pomoči, srčne kirurgije itd.). Dodatno opozarja tudi na to, da bi morali, če bi res želeli preprečiti vse transakcije med javnim in zasebnim sektorjem, prepovedati vse vrste opravljanja storitev na podlagi pogodb med javnimi zavodi in zasebnimi ponudniki storitev, ter da se določenih storitev, ki jih javni zavodi ne uspejo izvesti, ne da pokrivati na podlagi izvajanja koncesijske dejavnosti, saj v praksi na marsikaterem področju Ministrstvo za zdravje koncesij sploh ne podeljuje. Tudi omejitev sklepanja pogodb izključno med javnimi izvajalci po mnenju Zdravniške zbornice Slovenije ne predstavlja prave rešitve za situacije, ko v javni zdravstveni mreži ni na voljo ustreznega izvajalca posameznih zdravstvenih programov oziroma storitev.

Komisija opozorila predlagatelja, da se mora javna sredstva v zdravstvenem sistemu porabljati na transparenten način, sicer ocenjuje kot tehtna in se z njimi strinja, saj se je Državni svet že večkrat zavzel za ohranitev in nadaljnji razvoj kakovostnega javnega zdravstva kot temelja našega zdravstvenega sistema. Hkrati pa opozarja, da je treba, ne glede na status izvajalca zdravstvenih storitev (javni ali zasebni), v ospredje vseh naporov na tem področju postaviti pacienta oziroma zavarovanca, ki mora za sredstva, ki jih vplačuje v zdravstveno blagajno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje, prejeti kakovostne in hitro dostopne storitve.

Komisija kot ključno težavo predloženih zakonskih sprememb prepoznava možne posledice črtanja določb sedmega odstavka 53.c člena v praksi. Glede na obstoječe stanje sistema (težave s predolgimi čakalnimi dobami na večino zdravstvenih storitev, pomanjkanje kadrovskih in tehničnih kapacitet, zaradi česar tudi dodatno zagotovljena sredstva za reševanje težav s čakalnimi dobami nimajo učinka, in precej razširjen način izvajanja storitev prek podjemnih pogodb), bi lahko predlagane spremembe trenutne težave zgolj še okrepile, predvsem pa bi negativno vplivale na paciente. Če bodo zaradi predlaganega ukrepa javni zdravstveni zavodi ostali brez temeljnih nosilcev dejavnosti, in se bo moralo izvajanje posameznih dejavnosti v celoti prepustiti koncesionarjem, bo to za javne zdravstvene zavode, pa tudi za celoten sistem javnega zdravstva, pomenilo večjo škodo, kot jo lahko povzročijo posamezni primeri prenosa opravljanja določenega dela zdravstvenih storitev k zasebnim izvajalcem, kar je kot problematično izpostavljeno v obrazložitvi predloga zakona. Še zlasti, če takšne odločitve temeljijo na objektivnih kriterijih in pomenijo rešitev za pacienta.

Komisija opozarja na določene zdravstvene storitve (storitve otroške srčne kirurgije; storitve mikrobiologije, ki jih javni zdravstveni zavodi naročajo pri Medicinski fakulteti ali prek oddelkov za medicinsko mikrobiologijo v okviru Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano; storitve internistov, kardiologov in kirurgov v psihiatričnih bolnišnicah itd.), ki jih javni zdravstveni zavodi brez zakonske podlage sedmega 53.c člena, ki naj bi se jo črtalo, ne bi mogli več zagotavljati, bodisi zaradi pomanjkanja ustreznih kadrov ali kapacitet bodisi zaradi tega, ker je tako tudi z vidika sistema bolj ekonomično. V določenih primerih, ko storitve ni možno izvesti drugače kot z

najemom storitve pri drugem, med drugim tudi zasebnem izvajalcu, za isto ceno, kot bi storitev izvedel tudi javni zdravstveni zavod, je po mnenju komisije takšen način zagotavljanja storitev pacientom, glede na trenutne razmere v sistemu, kljub vsemu utemeljena izbira.

Komisija ocenjuje, da bi predlagane zakonske spremembe, navkljub dobri nameri predlagateljev, še bolj zožile že tako majhen manevrski prostor javnih zdravstvenih zavodov in njihovih poslovodstev, ki niso opremljeni z vzvodi za poslovanje v skladu z dobrimi podjetniškimi praksami, k čemur sicer navajajo tudi aktualne napovedi ministra za zdravje, da se bo v sistem vneslo več podjetniške miselnosti. Komisija pri tem opozarja, da zgolj povišanje prejemkov iz dela za poslovodstvo ter zanemarljivo višje sejnine nadzornih organov v javnih zdravstvenih zavodih ne bodo doprinesle k boljši konkurenčnosti javnih zdravstvenih zavodov v primerjavi z zasebnim izvajalcem zdravstvenih storitev in koncesionarjem, ki imajo tako pri investicijah, predvsem pa na področju stroškov dela (veliko dražje zaposlovanje po podjemnih pogodbah, ki javnim zdravstvenim zavodom preostaja kot edina rešitev za reševanje kadrovskih primanjkljajev, v primerjavi z možnostjo sklepanja pogodb oziroma poslovanja s samostojnimi podjetniki ali družbami z omejeno odgovornostjo) veliko več manevrskega prostora. Poslovodstva javnih zdravstvenih zavodov so med drugim omejena s kolektivnimi pogodbami, predpisi, standardi in normativi. Prav standardi in normativi predstavljajo enega od področij, ki že leta ostaja neurejeno, a lahko v pomembni meri vpliva na ustrezno porabo javnih sredstev za zdravstvo.

Pričakovanja o zagotavljanju dostopnih in kakovostnih zdravstvenih storitev v okviru javnega zdravstva, zlasti če se za primerjavo postavlja boljšo dostopnost in kakovostnejšo opremo zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev, so po mnenju komisije v trenutni situaciji pogosto previsoka. Ključnega pomena za kakovostno izvajanje storitev so namreč investicije v opremo in sledenje tehnološkemu napredku, ki pa jih javni zdravstveni zavodi težko izvajajo ob trenutni višini sredstev, ki se jih namenja za investicije v zdravstvu. Na podlagi sprejetega rebalansa proračuna za leto 2019 bo namreč od več kot 10 milijard skupnih proračunskih sredstev za investicije v javno zdravstvo namenjenih le 20 milijonov dodatnih sredstev (skupaj 86,6 milijona evrov, vključno s prenesenimi sredstvi iz preteklih let, katerih vir je poseben proračunski podsklad Ministrstva za zdravje, vzpostavljen na podlagi Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode), kar je glede na ocenjene letne potrebe v višini vsaj 100–150 milijonov evrov in skupne potrebe na sekundarnem in terciarnem nivoju v višini 750 milijonov evrov (zgolj za investicijsko vzdrževanje obstoječih kapacitet ter tehnološko nadgradnjo, brez posebnih dodatnih ali novih projektov) bistveno premalo. Na to in na številna druga področja, na katerih se že leta namenja premalo ali skorajda nič sredstev za investicije, je sicer Državni svet opozoril že ob sprejemanju rebalansa proračuna, a na žalost neuspešno.

Komisija opozarja tudi na velikokrat napačne interpretacije statusa posameznih zdravstvenih izvajalcev, saj se pogosto tudi izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki delujejo na podlagi podeljene koncesije, uvršča med zasebnike, kar glede na naravo financiranja njihove dejavnosti po mnenju komisije ni ustrezno. Koncesionarji namreč delujejo kot del javne zdravstvene mreže, financirani so iz sredstev zdravstvene blagajne in delujejo po enakih normativnih in standardih, ki veljajo tudi za javne zdravstvene zavode in predstavljajo temelj pogodb, sklenjenih med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in izvajalci zdravstvenih storitev na

podlagi vsakoletnega splošnega dogovora v zdravstvu. Ob tem je bilo opozorjeno tudi na neenak položaj javnih zdravstvenih zavodov v primerjavi s koncesionarji, ki so ravno zaradi pomanjkljive ureditve na področju standardov in normativov zdravstvenih storitev, po katerih naj bi delovali oboji, na marsikaterem področju (predvsem kar se tiče stroškov dela v primeru potreb po dodatnih zaposlitvah zaradi povečanih potreb po izvajanju posameznega programa ali pomanjkanju določenega kadrovskega profila) postavljeni v boljši položaj.

Kot pomemben vplivni element nadaljnjega razvoja zdravstvenega sistema na relaciji javno - zasebno, predvsem z vidika donosnosti investicij, je bila izpostavljena tudi odločba Ustavnega sodišča št. U-I-194/17 z dne 15. 11. 2018, s katero je Ustavno sodišče v primeru, ko je izvajalec zdravstvene storitve koncesionar, razveljavilo določbe v zvezi z omejitvijo svobode razpolaganja s presežkom prihodkov nad odhodki in zapovedano porabo navedenih presežkov zgolj za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti, saj naj bi takšen poseg v človekovo pravico do svobodne gospodarske pobude presegal težo javne koristi navedenega posega.

V razpravi je bilo na podlagi seznanitve s podrobnostmi primera, ki je v predlogu zakona izpostavljen kot primer slabe prakse in kot način odtekanja javnih sredstev za zdravstvo v zasebno sfero izvajalcev zdravstvenih storitev, opozorjeno, da je neprimerno vse aktivnosti v okviru zasebnega izvajanja zdravstvene dejavnosti opredeliti kot koruptivne ali slabonamerne. Še zlasti zato, ker se, glede na čakalne dobe, s katerimi se trenutno sooča sistem javnega zdravstva, težko pričakuje, da vsaj del storitev ne bi bil na tak ali drugačen način izveden tudi v okviru zasebnega sektorja ali prek koncesij, kar v primeru, da se sledi ustreznim standardom kakovosti in skrbi za paciente ter da so v teh primerih cene opravljenih storitev enake tistim v javnem zdravstvenem sistemu, samo po sebi ne predstavlja razloga za skrb, da bo zaradi tega prišlo do razgradnje javnega zdravstvenega sistema.

Po drugi strani pa je bil posebej izpostavljen velik pomen javnega zdravstva za našo državo in nujnost zagotavljanja njegove ohranitve in ustrezne kakovosti, katere pomemben element predstavlja tudi stabilno financiranje. Opozorjeno je bilo tudi na to, da izpostavljanje pacienta kot ključnega elementa, ki se mu mora prilagajati sistem, ne sme biti izgovor za morebitno načrtno preusmerjanje sistema stran od dogovorno prevladujočega javnega zdravstva.

Komisija meni, da je v osnovi razprava na relaciji javno - zasebno in vse primerjave v tem okviru, če se vedno na prvo mesto postavi stroko in visoke standarde kakovosti, brezpredmetna. Ključno je, da se storitve opravi kakovostno, hitro in da je cena za izvedeno storitev primerna njeni kakovosti, pri čemer bo treba javnemu zdravstvenemu sistemu zagotoviti dovolj zakonskih podlag, da bo lahko konkuriral tako kadrovskim kot investicijskim predispozicijam zasebnega sektorja. Temu trenutno na mnogih področjih ni tako, saj je oprema javnih zdravstvenih zavodov marsikje zastarela in v primerjavi z opremo zasebnih zdravstvenih izvajalcev ne zagotavlja več primerljivega nivoja storitev.

Komisija posebej podarja, da slovenski zdravstveni sistem tujina prepoznava kot kakovostnega, zato bi morali s preiščljenimi in strokovno utemeljenimi posegi vanj zagotoviti njegove izboljšave, ne pa ga še dodatno destabilizirati.

Po mnenju komisije se mora zato v povezavi s predloženimi zakonskimi spremembami, ki po mnenju komisije lahko povzročijo javnemu zdravstvenemu sistemu in pacientom več škode kot koristi, najti kompromisno rešitev. Slednja mora biti takšna, da bo hkrati preprečevala neustrezno porabo javnih sredstev oziroma sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in hkrati ponudila možnost alternativnega zagotavljanja storitev ter ekonomične porabe navedenih sredstev, kadar se posamezen javni zdravstveni zavod ali drug javni zavod iz šestega odstavka 8. člena ZZDej sooča z ovirami pri zagotavljanju storitev svojim uporabnikom.

* * *

Za poročevalca je bil določen državni svetnik Tomaž Horvat.

Sekretarka komisije
mag. Nuša Zupanec, l.r.

Predsednik komisije
mag. Peter Požun, l.r.